

## 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

## 【注意事項】

- 診療月の属する年（診療が4月～7月の場合は、前年）の被保険者の市町村民税「非課税証明書」の原本を添付してください。ただし、（※）欄に市区町村長の証明を受けた場合は添付の必要はありません。
- 健保組合が申請書を受付けた日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と ころ	被保険者証	記号		被保険者	氏名	印				
		番号			生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	事業所	名称								
	減額対象者	氏名					被保険者との続柄			
		生年月日	昭和・平成	年	月	日				
	被保険者の住所・電話番号		〒			TEL		-		
	長期入院（申請月前1年間に市区町村民税が課されない期間での90日を越える入院）					該当 ・ 非該当				
	長期該当者として申請する者のみ記入					申請月前1年間の入院日数合計（ ）に日間				
	①	申請日の前1年間の入院期間（日数）			平成	年	月	日から		
					平成	年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等			名称						
				所在地						
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）			平成	年	月	日から			
				平成	年	月	日まで			
	入院をした保険医療機関等			名称						
				所在地						
認定証送付先 ※被保険者住所と同じ場合は記入不要です		〒								
		宛名			様					

申請代行者欄は、被保険者及び認定証が必要な方以外の方が申請する場合にご記入ください

申請代行者	氏名		印	被保険者との関係	
	日中連絡先電話番号			代行理由	1. 被保険者が入院中 2. その他（ ）

市区町 欄 （※） 長の 印	令和	年	月	日
	当該被保険者には平成			
市区町村長名				印

&lt;健康保険組合処理欄&gt;

&lt;受付印&gt;

常務理事	事務長	担当